

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**"ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO:
ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL Y VARIABLES
SOCIO-DEMOGRAFICAS DE PACIENTES DE CONSULTA
PSIQUIATRICA DE PRIMERA VEZ CON DIAGNOSTICOS DE
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO"**

Por

DR. FRANCISCO CANALE ZAMBRANO

Como requisito parcial para obtener el Grado de

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

FEBRERO, 2016

“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
ABUSO SEXUAL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE
PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO”

Aprobación de la tesis:



DR. FRANCISCO J. RODRÍGUEZ LARA
Director de Tesis



DR. ALFREDO B. CUELLAR BARBOZA
Codirector de Tesis



DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS
Coordinador de Investigación



DR. STEFAN M. FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza



DRA. Med. RAQUEL GARZA GUAJARDO
Subdirectora de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
ABUSO SEXUAL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE
PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO”**

Por

DR. FRANCISCO CANALE ZAMBRANO

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

FEBRERO, 2016

“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
ABUSO SEXUAL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE
PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO”

Aprobación de la tesis:

DR. FRANCISCO J. RODRÍGUEZ LARA
Director de Tesis

DR. ALFREDO B. CUELLAR BARBOZA
Codirector de Tesis

DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS
Coordinador de Investigación

DR. STEFAN M. FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza

DRA. Med. RAQUEL GARZA GUAJARDO
Subdirectora de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A mis padres. A ti, Alinne.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Francisco J. Rodríguez Lara y al Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza, mi director y co-director de tesis. Gracias por todo el apoyo y enseñanza en este proceso.

A todo el equipo de trabajo del Centro en Salud Afectiva (CNSA) por su apoyo en la realización de este estudio.

Asimismo agradezco a todos mis maestros que estuvieron involucrados en mi entrenamiento como especialista estos 4 años en el Departamento de Psiquiatría, gracias por su tiempo y paciencia.

Al Dr. Stefan Fernández Zambrano, jefe del Departamento de Psiquiatría, por todo el apoyo brindando durante el curso de mi especialidad.

A todos mis pacientes.

A mi familia por el inmenso apoyo que me han dado y por siempre confiar en mí.

A mis compañeros de especialidad por hacer cada día más disfrutable.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
RESUMEN.	1
Introducción y objetivos	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
Capítulo II	
INTRODUCCIÓN.	4
Trastornos del estado de ánimo	
Trastorno depresivo mayor	
Trastorno bipolar	
Abuso sexual	
Trastornos del estado de ánimo y abuso sexual	
Capítulo III	
HIPÓTESIS.	11
H1	
H0	
Capítulo IV	
OBJETIVOS.	12
Objetivo general	
Objetivos particulares	
Capítulo V	
MATERIAL Y MÉTODOS.	13

Diseño metodológico	
Población y muestra	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Consideraciones éticas	
Cálculo del tamaño de la muestra	
Análisis estadístico	
Instrumentos	
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	
Procedimiento	
Capítulo VI	
RESULTADOS.	19
Características de la muestra	
Características clínicas	
Frecuencia de los trastornos del estado de ánimo	
Características sociodemográficas según diagnóstico	
Características sociodemográficas según género	
Abuso sexual y trastornos del estado de ánimo	
Capítulo VII	
DISCUSIÓN.	28
Capítulo VIII	
CONCLUSIONES.	30
Capítulo IX	
ANEXOS.....	31

Capítulo X

BIBLIOGRAFÍA.	53
--------------------	----

Capítulo XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.	58
------------------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas de la muestra.....	20
2. Características clínicas de la muestra.....	21
3. Características según diagnóstico.....	23
4. Características según género.....	24

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Prevalencia en México de trastornos del estado de ánimo.....	6
2. Revisión de literatura de antecedente de abuso sexual en los distintos trastornos del estado de ánimo.....	10
3. Frecuencia de los trastornos del estado de ánimo.....	21
4. Datos de antecedente de abuso sexual en el expediente.....	25
5. Prevalencia de abuso sexual en trastornos del estado de ánimo.	25
6. Prevalencia de abuso sexual según género.....	26
7. Prevalencia de abuso sexual según diagnóstico.....	27

CAPÍTULO I

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Existe un alta prevalencia de abuso sexual en pacientes con trastorno bipolar; sin embargo, hay pocos estudios que lo comparen con otros trastornos del estado de ánimo. La mayoría de estos estudios han sido realizados en países de primer mundo (1,2). En nuestro estudio examinamos la prevalencia de abuso sexual en consultas psiquiátricas de primera vez, en una cohorte retrospectiva mexicana y la comparamos entre trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno del estado de ánimo no especificado, y otros trastornos del estado de ánimo.

MÉTODO:

Los pacientes fueron seleccionados del Servicio de Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León de enero a diciembre del 2013. Realizamos una búsqueda para determinar todos los trastornos del estado de ánimo

diagnosticados según criterios del DSM-IV-TR e incluimos a pacientes mayores de 17 años de edad. Utilizamos chi cuadrada, t-test y ANOVA para el análisis estadístico.

RESULTADOS:

Encontramos una n=502 evaluaciones de primera vez con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo. El 59.7% de esta muestra tenían trastorno depresivo mayor; 8.3% trastorno bipolar; 7.6% trastorno del estado de ánimo no especificado; y 16.5% otros trastornos del estado de ánimo; la mayoría (69%) eran mujeres, con una edad media de 37.59 ± 14.8 años y para hombres de 36.01 ± 15.33 años. Las diferencias significativas que encontramos en las variables sociodemográficas entre los distintos diagnósticos fue edad mayor para trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar I; educación mayor de 12 años en todos los diagnósticos; mayor hospitalización en trastorno bipolar I; más uso de tabaco y alcohol en trastorno bipolar II y trastornos del estado de ánimo no especificado; y menor edad de inicio en trastorno depresivo mayor. 90 (21%) evaluaciones reportaron abuso sexual y el 86.6% de estas eran mujeres. No encontramos significancia estadística en abuso sexual en los distintos diagnósticos. La edad media del abuso sexual fue de 8.62 años.

CONCLUSIONES:

1. Encontramos un alta prevalencia (21%) de abuso sexual en una muestra Mexicana de pacientes con trastornos del estado de ánimo.

2. Los pacientes con trastornos bipolares reportaron abuso sexual (24%) similar a lo establecido en la literatura.
3. No encontramos diferencia significativa de abuso sexual en los distintos trastornos del estado de ánimo.
4. En nuestra muestra:
 1. Hay más mujeres con trastornos del estado de ánimo.
 2. Los pacientes con trastorno bipolar II y trastorno del estado de ánimo no especificado tienen mayor consumo de alcohol y tabaco que trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar I.
 3. Las mujeres con trastornos del estado de ánimo tienen mayor prevalencia de autolesión y abuso sexual.
 4. Los hombres con trastornos del estado de ánimo tienen mayor prevalencia de alcoholismo y tabaquismo.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

En esta tesis presentaré mi trabajo de investigación como requisito parcial para el grado de especialista en Psiquiatría General. La he organizado en 11 capítulos en los cuáles explicaré el proceso de mi investigación, resultados obtenidos y conclusiones a partir de los mismos. Los primeros 5 capítulos hablan de el planteamiento de la tesis, desde una introducción al tema según la literatura mundial y nacional hasta el desarrollo del proyecto con hipótesis, objetivos generales y material y métodos. Posteriormente en los capítulos 6, 7 y 8 expongo los resultados obtenidos con ayuda visual principalmente de tablas y figuras. Termino mi trabajo con los 2 últimos capítulos en donde enlisto mi bibliografía y hago un resumen autobiográfico.

A nuestro conocimiento en México no se han realizado estudios que busquen la prevalencia de antecedente de abuso sexual en los diferentes trastornos del estado de ánimo. Es importante crear consciencia en la población médica sobre la evaluación y el tratamiento de estos pacientes cuando se conocen los aspectos comórbidos o multidisciplinarios de los trastornos del estado de ánimo y las diferencias entre ellos, y la importancia del

impacto de eventos estresantes mayores en el desarrollo y curso de la enfermedad (3,4).

Por lo tanto, ante la falta de esta información y la utilidad clínica de la misma este estudio se centró en el objetivo de evaluar variables clínicas (principalmente antecedente de abuso sexual) y sociodemográficas de pacientes en consulta psiquiátrica de primera vez con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo. Para esto realicé un estudio de cohorte retrospectivo en donde hice una selección electrónica y posteriormente una búsqueda manual de los expedientes de pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo en consulta psiquiátrica de primera vez del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” durante un período de 1 año (01 de enero al 31 de diciembre del 2013), después elaboré una base de datos con todas mis variables de interés para posteriormente analizarla con el programa SPSS para la obtención de resultados. Terminé mi estudio con mis conclusiones y comparando mis resultados con lo que hasta el momento está reportado en la literatura mundial.

A continuación realizo una breve historia del problema que planteo en mi tesis e introducción a los términos principales.

Trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida del control de sus estados de ánimo y sus

afectos y por el sufrimiento subjetivo de un gran malestar. Los pacientes con estado de ánimo elevado demuestran efusividad, fuga de ideas, disminución del sueño e ideas de grandeza, mientras que los pacientes con estado de ánimo deprimido experimentan una pérdida de energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamiento de muerte o suicidio. (5)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado (DSM-IV-TR) los trastornos del estado de ánimo incluyen: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, y otros trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico, trastorno ciclotímico, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo no especificado). (6)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en México en población general es de 9.2%, siendo 7.2% para Trastorno depresivo mayor y 1.9% para Trastorno bipolar. (7)

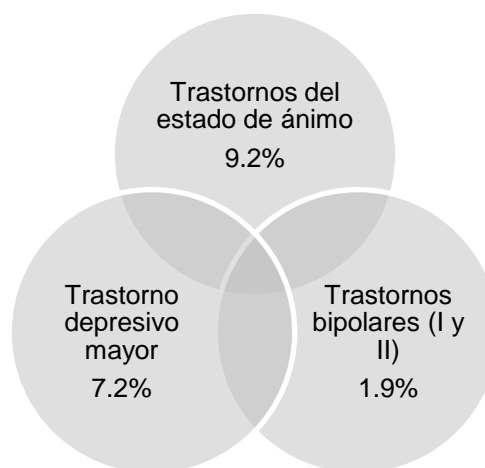


Figura 1

Trastorno depresivo mayor.

El trastorno depresivo mayor está definido por el DSM-IV-TR como un trastorno en donde uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o anhedonia. En el trastorno depresivo mayor se encuentran 5 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, anhedonia, aumento/disminución de peso (5% del peso corporal en 1 mes) y/o hiperfagia/hiporexia, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de minusvalía o culpa excesiva, disminución en la concentración, ideas de muerte y/o ideación suicida. Los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, la mayoría de los días. Los síntomas causan un malestar clínico significativo y/o un deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento (6). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen 350 millones de personas afectadas por la depresión, y causa aproximadamente 1 millón de muertes al año, por suicidio, alrededor del mundo. (8)

Trastorno bipolar.

Los pacientes con trastorno bipolar presentan episodios caracterizados por humor persistentemente elevado y/o irritable conocidos como manía/hipomanía los cuales alternan con episodios de depresión. Los trastornos bipolares a su vez se dividen en 2 subtipos principales Trastorno Bipolar tipo I y Trastorno Bipolar tipo II. Para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar I según el DSM-

IV se requiere de un episodio maniaco. No se requiere de la presencia de un episodio depresivo; sin embargo se presentan con frecuencia. El diagnóstico de trastorno bipolar II se requiere de uno o más episodios de hipomanía junto con uno o más episodios de depresión mayor. Las diferencias entre episodios de manía e hipomanía se encuentran en la duración del episodio (un mínimo de cuatro días para el episodio de hipomanía y para el episodio de manía siete días o cualquier duración en caso de ser necesaria la hospitalización) y la gravedad del episodio (en el episodio de hipomanía no hay síntomas psicóticos y los síntomas no son los suficientemente graves como para causar deterioro social/laboral importante, y/o necesidad de hospitalización). (6)

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes. La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido valorada en un estudio de 12 meses, realizado en 2005 con una muestra de 9282 individuos mayores de 18 años en Estados Unidos en el que se reportó la presencia del trastorno en 2,6% de la población. La prevalencia del trastorno Bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 % de la población general según DSM-IV, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos. La prevalencia del trastorno Bipolar tipo II está en torno al 0,5% de la población, también según DSM-IV, el cual es más prevalente en mujeres (9). En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en cuanto a la manía y la hipomanía del trastorno Bipolar muestran una tasa en el último año de 0.9 y 1.1 respectivamente. (7)

Abuso sexual

Abuso sexual según lo define la OMS como “La participación de un niño en actividades sexuales que él o ella no comprende totalmente, es incapaz de dar su consentimiento informado o dentro de su etapa del desarrollo aún no es capaz de dar un consentimiento, o que viole las leyes y tabúes de la sociedad” es considerado un evento traumático en la infancia.

Se ha estimado que 12 millones de personas al año son víctimas de delitos sexuales en todo el mundo (19). Según los reportes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) de los casos denunciados de maltrato infantil durante el 2002 el 13% fueron por abuso sexual. (20)

Trastornos del estado de ánimo y abuso sexual.

Se ha encontrado asociación de abuso sexual con trastorno depresivo mayor (10) y una prevalencia de 9.8% de abuso sexual en trastorno depresivo mayor (11).

Asimismo el trastorno bipolar se ha asociado a eventos traumáticos en la infancia sin encontrar diferencia en la distribución entre trastorno bipolar tipo I y tipo II (12). Se ha demostrado que el abuso sexual se presenta con mayor prevalencia en pacientes con trastorno bipolar que pacientes controles sanos (13) y mayormente en pacientes con trastorno bipolar I que pacientes con trastorno bipolar II (12).

La prevalencia de abuso sexual en pacientes con trastorno bipolar se ha reportado en 24% pero se considera que está subestimada ya que muchos estudios la restringen al abuso sexual severo (14).

La mayoría de la literatura sobre prevalencia de abuso sexual en trastornos del estado de ánimo se ha hecho en población de primer mundo.



Figura 2

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

H1

Existe asociación positiva de los trastornos bipolares con antecedente de abuso sexual.

H0

No existe asociación de los trastornos bipolares con antecedente de abuso sexual.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar variables clínicas (principalmente antecedente de abuso sexual) y sociodemográficas de pacientes en consulta psiquiátrica de primera vez con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo.

Objetivos particulares

1. Determinar la asociación entre trastornos del estado de ánimo y antecedente de abuso sexual.
2. Correlacionar los trastornos del estado de ánimo con variables clínicas y sociodemográficas.
3. Determinar la asociación entre los distintos trastornos del estado de ánimo y sus comorbilidades.
4. Discutir nuestros resultados con los de la literatura anglosajona.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño metodológico

Este fue un estudio retrospectivo de cohorte, que se centró en las características clínicas y sociodemográficas de los trastornos del estado de ánimo principalmente en el antecedente de abuso sexual en pacientes que consultaron por primera vez el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2013. Después de recabar los datos de interés de los expedientes clínicos se evaluaron las características clínicas y sociodemográficas según género y los distintos trastornos del estado de ánimo, además de buscar la asociación entre estos y el antecedente de abuso sexual.

Población y muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por los expedientes clínicos de pacientes que consultaron por primera vez del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013 en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario

“Dr. José Eleuterio González” y fueron diagnosticados con algún trastorno del estado de ánimo.

Criterios de inclusión

1. Pacientes de 1ra vez del 01/01/13 al 31/12/2013.
2. Diagnóstico de TEA según DSM-IV-TR.
3. Edad de 18 a 80 años.
4. Pacientes que firmaron el consentimiento informado de la consulta de primera vez.

Criterios de exclusión

1. Diagnóstico de retraso mental.
2. Diagnóstico de autismo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
3. Pacientes sometidos a algún procedimiento legal.
4. Pacientes con dificultad del entendimiento de la entrevista.

Criterios de eliminación

1. Imposibilidad para encontrar el expediente.
2. Expediente no legible o datos insuficientes.

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó con la finalidad de buscar beneficio en los sujetos de estudio y posterior a la aprobación por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se obtuvo información de expedientes realizados durante la consulta de primera vez de pacientes que previamente habían firmado consentimiento informado sobre dicha consulta.

Durante todo el estudio se respetó la confidencialidad de la información obtenida de los expedientes y se omitirá la identidad de los participantes.

Antes del inicio del estudio de investigación se obtuvo la aprobación del Comité de Ética.

Cálculo del tamaño de muestra

La muestra se obtuvo de todos los expedientes de los pacientes de la consulta externa, que cumplan con los criterios diagnósticos del DSM IV para Trastorno del Ánimo no especificado, Trastorno del ánimo tipo bipolar y Trastorno del ánimo unipolar y que cumplan con los criterios de inclusión, del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de las variables categóricas, socio-demográficas y los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) se utilizó la Chi-cuadrada.

Para poder comparar las variables continuas (clínicas y socio-demográficas) con los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) se utilizó la t-test y pruebas no paramétricas para distribuciones anormales.

El test de ANOVA se utilizó para comparar los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) con las variables dependientes y observar si existe una diferencia significativa entre los mismo.

La regresión logística se utilizó para buscar una asociación entre las variables de interés (el abuso y consumo de alcohol, índice de masa corporal y abuso sexual) con los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) y con las variables socio-demográficas y observar si existe una diferencia significativa.

Instrumentos

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) (MINI Y Lecrubier) (Psychometric MINI Beate Ohre) (Apéndice B)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que se desarrolló para explorar los criterios diagnósticos de los diagnósticos en Eje I según el DSM-IV y por su estructura puede ser aplicada por personal no especializado. Fue creada ante la necesidad de un instrumento diagnóstico breve y confiable tanto para clínica como para investigación. (15, 16)

La MINI incluye 23 diagnósticos basados en el CIE-10 y el DSM-IV (17, 6). Se organiza en secciones según los diagnósticos iniciando con 3 o 4 preguntas (si o no) de cribado y los síntomas adicionales se preguntan según la respuesta a las preguntas de cribado. (15, 16)

En análisis test-retest se han demostrado valores de kappa que indican excelente acuerdo para 6 diagnósticos; regular a buen acuerdo en seis diagnósticos; y pobre acuerdo con otros 7 diagnósticos. (15)

La MINI ha sido traducida a 43 idiomas distintos y su validación y confiabilidad se ha explorado no sólo en su idioma original (inglés) si no en muchos otros entre ellos el español. (18)

Procedimiento

1. El estudio tuvo lugar en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en la ciudad de Monterrey, Nuevo León de marzo a noviembre del 2015.
2. Lo primero que realizamos fue una búsqueda electrónica, a través del departamento de informática del Hospital Universitario “José Eleuterio González”, en el registro electrónico del departamento, con los

diagnósticos de trastorno depresivo mayor; trastornos bipolares tipo I y II; y trastornos del estado de ánimo no especificados.

3. Posteriormente se realizó una búsqueda manual de los expedientes para obtener los datos socio-demográficos y clínicos como: Consumo (frecuencia y cantidad) de alcohol; consumo de otras sustancias; Índice de masa corporal (IMC); antecedentes heredo-familiares de trastorno del ánimo; antecedentes de abuso sexual y autolesiones; y otras variables. Asimismo se registraron diagnósticos del DSM-IV TR y clínicamente de la Entrevista Neuropsiquiatría Internacional (MINI).
4. Toda la información obtenida fue vaciada en una base de datos con la cual trabajamos posteriormente para el análisis estadístico. En dicha base de datos utilizamos un registro propio para proteger la confidencialidad de los sujetos de investigación y al finalizar el estudio esta base de datos es de acceso restringido a sólo los miembros que participamos en la investigación.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra total es de 502 expedientes de los cuales 155 (30.88%) son hombres y 347 (69.12%) mujeres. El rango de edad fue de entre 18 y 83 años, con una edad media de 36.01 (Desviación estándar 15.33) para hombres y 37.59 (Desviación estándar 14.8) para mujeres. En el 40% (203) de la muestra el estado civil es casado o unión libre y un 60% (299) soltero. El 42% (209) estaban trabajando al momento de la consulta. En cuanto a religión el 69% (345) eran católicos, 12% (59) cristianos, 2% (9) testigos de jehová, 2% (19) otra religión y 15% (76) sin religión. Obtuvimos que el 14% (70) tienen educación de 0-6 años, 14% (72) de 7-10 años, 24% (122) de 10-12 años y 47% (236) más de 12 años. En la siguiente tabla se observan las características de la muestra.

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	155	31
	Femenino	347	69
Edo. Civil	Casado / UL	203	40
	No casado	299	60
Empleo		209	42
Religión	Católica	345	69
	Cristiana	59	12
	Testigo de Jehová	9	2
	Otro	19	2
	Sin religión	76	15
Educación	0-6 años	70	14
	7-9 años	72	14
	10-12 años	122	24
	>12 años	236	47

Tabla 1

Características clínicas

Dentro de las características clínicas encontramos que en nuestra población 13% (65) presentó hospitalizaciones previas; 36% (176) uso de tabaco; 52% (259) uso de alcohol; 23% (68) autolesiones; 41% (200) antecedente de familiares con alcoholismo; 41% (196) antecedente de familiares con algún trastorno del estado del ánimo; y 45% (168) presentaron comorbilidades.

	Frecuencia	%
Hospitalización previa	65	13
Uso de tabaco	176	36
Uso de alcohol	259	52
Autolesión	68	23
Antecedente de alcoholismo	200	41
Antecedente de TEA	196	41
Comorbilidad	168	45

Tabla 2

Frecuencia de los trastornos del estado del ánimo

De los 502 expedientes encontrados obtuvimos una frecuencia de trastorno depresivo mayor del 59.7% (300); 8.3% (42) trastornos bipolares (I y II); 15.3% (77) trastornos del estado de ánimo no especificados; y 16.5% (83) otros trastornos del estado de ánimo.

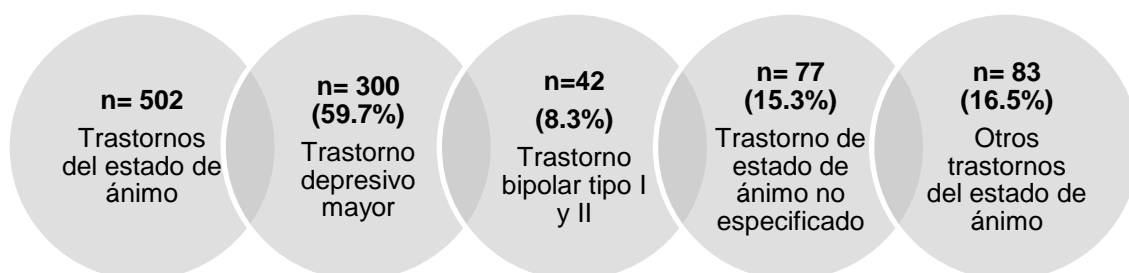


Figura 3

Características sociodemográficas y clínicas según diagnóstico

Al clasificar nuestra muestra según los distintos trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno del estado de ánimo no especificado) obtuvimos mayor prevalencia de mujeres en cada uno de ellos (74%; 64%; 79%; y 57% respectivamente). La edad media de los pacientes fue menor en trastorno bipolar II y trastornos del estado de ánimo no especificados (33.86) en comparación con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar I (39.15; y 39.64). Contrario a lo reportado en la literatura hubo poca variación en el IMC entre los distintos trastornos (25.97 vs 28.47 vs 25.63 vs 26.07). Además en cuanto a empleo obtuvimos que de los pacientes con trastorno depresivo mayor al momento de la evaluación el 40% trabajaban; 46% de trastorno bipolar I; 29% de trastorno bipolar II; y 45% de trastorno del estado de ánimo no especificado.

El grupo en el que encontramos mayor antecedente de hospitalización previa fue el de trastorno bipolar I con 64%, le siguió trastorno bipolar II con 21%, después trastorno del estado de ánimo no especificado con 17 y al final trastorno depresivo mayor con 8%. En cuanto a uso de sustancia obtuvimos que los grupos de trastorno bipolar II y trastornos del estado de ánimo no especificado tienen mayor uso de tabaco y alcohol con 50% y 53% para uso de tabaco y 64% y 75% para uso de alcohol respectivamente. La edad de inicio de la sintomatología fue mayor en trastorno depresivo mayor con 32.5 ± 14.9 y menor en trastorno bipolar II con 26.7 ± 11.4 . También contrario a lo publicado en la literatura encontramos que el grupo con mayor comorbilidad fue el de

trastorno depresivo mayor con 38% mientras que trastorno bipolar I y II tuvieron 11% y 22%.

		TDM (n=300)	TB1 (n=28)	TB2 (n=14)	TEANE (n=77)	Valor p
Género n(%)	Masculino	78 (26)	10 (36)	3 (21)	33 (43)	0.02
	Femenino	222 (74)	18 (64)	11 (79)	44 (57)	
Edad n(%)		39.15 ± 15.47	39.64 ± 11.83	33.86 ± 13.06	33.86 ± 14.67	0.031
IMC		25.97 ± 5.37	28.47 ± 6.24	25.63 ± 6.18	26.07 ± 4.98	0.168
Religión n(%)	Católica	211 (70)	20 (71)	10 (71)	44 (57)	0.1
	Cristiana	37 (12)	4 (14)	1 (7)	10 (13)	
	Testigo de Jehová	4 (1)	1 (4)	1 (7)	0 (0)	
	Otra	5 (2)	0 (0)	0 (0)	5 (6)	
	Sin religión	41 (14)	3 (11)	2 (14)	18 (23)	
Empleo n(%)		120 (40)	13 (46)	4 (29)	35 (45)	0.6
Educación n(%)	0-6 años	54 (18)	4 (14)	0 (0)	8 (10)	0.22
	7-9 años	48 (16)	6 (21)	2 (14)	6 (8)	
	10-12 años	72 (24)	7 (25)	5 (36)	21 (27)	
	>12 años	124 (41)	11 (39)	7 (50)	42 (55)	
Hosp. Previa n(%)		25 (8)	18 (64)	3 (21)	13 (17)	0.033
Tabaco n(%)		89 (30)	9 (32)	7 (50)	41 (53)	0.0003
Alcohol n(%)		129 (43)	11 (39)	9 (64)	58 (75)	0.001
Autolesión n(%)		31 (10)	7 (25)	7 (15)	15 (19)	0.1
Edad de inicio		32.5 ± 14.9	25.9 ± 8.5	26.7 ± 11.4	26.8 ± 14.5	0.006
Antecedente de TEA n(%)		114 (38)	12 (43)	9 (64)	29 (38)	0.16
Comorbilidad n(%)		113 (38)	3 (11)	21 (22)	22 (29)	0.01

Tabla 3

Características sociodemográficas y clínicas según género

Al clasificar nuestra muestra según género encontramos que más hombres (52%) tenían un empleo al momento de la evaluación en comparación con las mujeres (37%). Asimismo los hombres tienen mayor uso de tabaco que las mujeres (43% vs 32%) igualmente que mayor consumo de alcohol (66% vs 45%). En cuanto al antecedente de abuso sexual encontramos que fue más prevalente en mujeres con un 22% en comparación del 8% encontrado en hombres.

		Hombres(n=155)	Mujeres (n=347)	Valor p
Empleo n(%)		81(52)	128 (37)	0.0012
Educación n(%)	0-6 años	18(12)	52 (15)	0.03
	7-9 años	17 (11)	55(16)	
	10-12 años	41(26)	81 (23)	
	>12 años	78 (50)	158 (46)	
Hosp. Previa n(%)		18 (12)	47 (14)	0.55
Tabaco n(%)		73 (43)	9 (32)	0.0003
Alcohol n(%)		102 (66)	157 (45)	0.0001
Autolesión n(%)		13 (8)	55 (16)	0.04
Abuso sexual n(%)		12 (8)	78 (22)	0.0002
Antecedente de TEA n(%)		59 (38)	141 (41)	>0.05
Comorbilidad n(%)		55 (35)	113 (33)	>0.05

Tabla 4

Abuso sexual y TEA

De los 502 expedientes obtenidos el 85% (428) reportaron la presencia o ausencia del antecedente de abuso sexual.

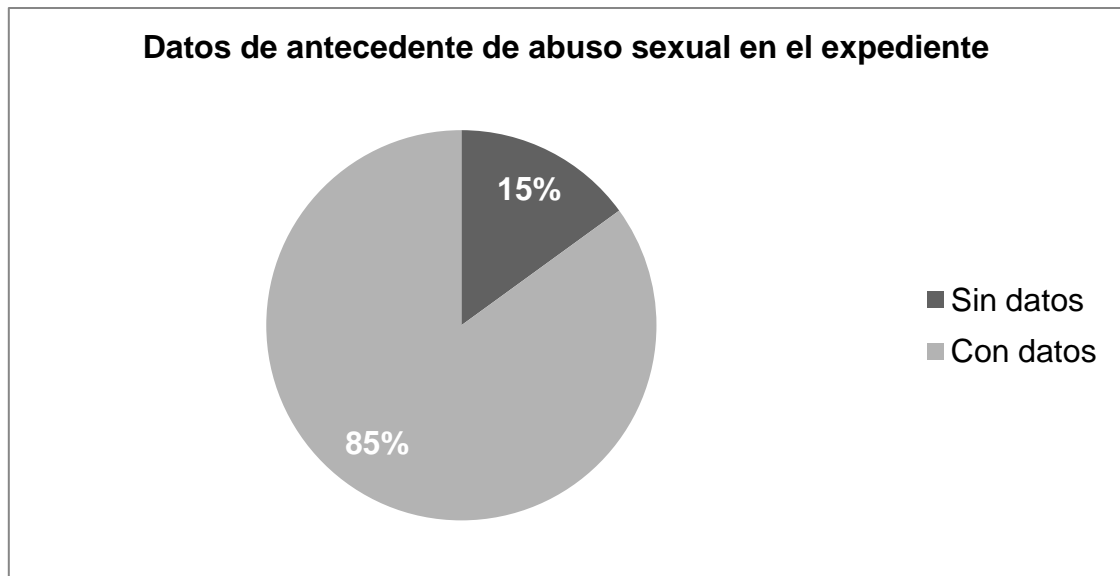


Figura 4

Una parte primordial en nuestro estudio fue buscar la prevalencia del antecedente de abuso sexual en los TEA de nuestra muestra. Encontramos que en el 79% de los expedientes con datos en el apartado de antecedente de abuso sexual se reportaba como ausente y en el 21% había reporte de presencia de abuso sexual como antecedente.

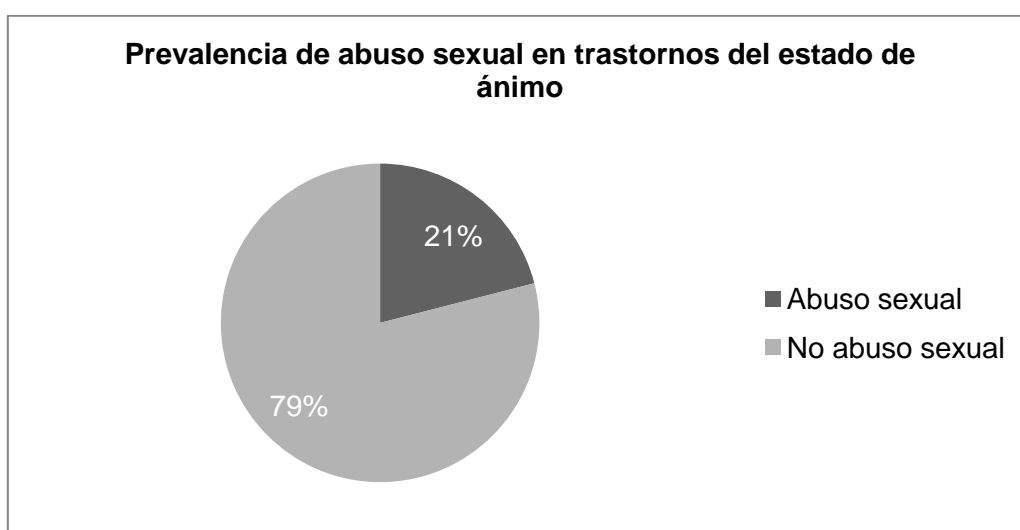


Figura 5

Al categorizar nuestra muestra según género obtuvimos una prevalencia significativamente mayor del antecedente de abuso sexual en género femenino en contra del masculino (22% vs 8%, $p=0.0002$).

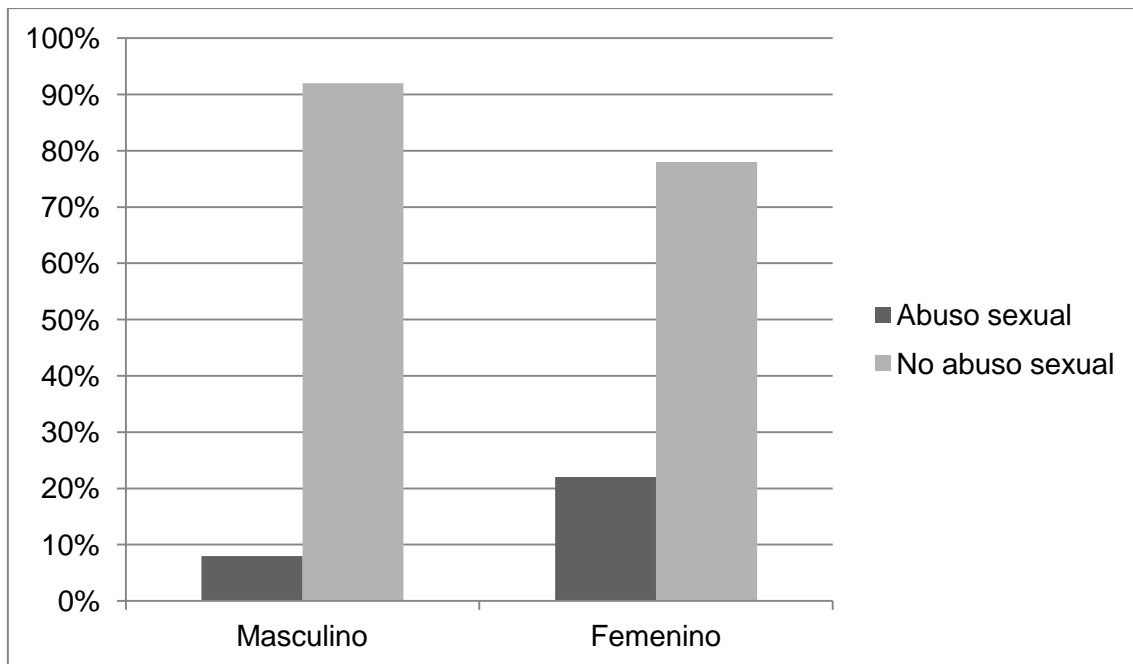


Figura 6

Al categorizar nuestra muestra según el tipo de trastorno del estado de ánimo a pesar de no obtener significancia estadística encontramos que la mayor prevalencia del antecedente de abuso sexual fue en trastorno bipolar II con 43%; después trastorno depresivo mayor con 19%; seguido con trastorno bipolar I con 14%; y al final trastorno depresivo mayor con 13%.

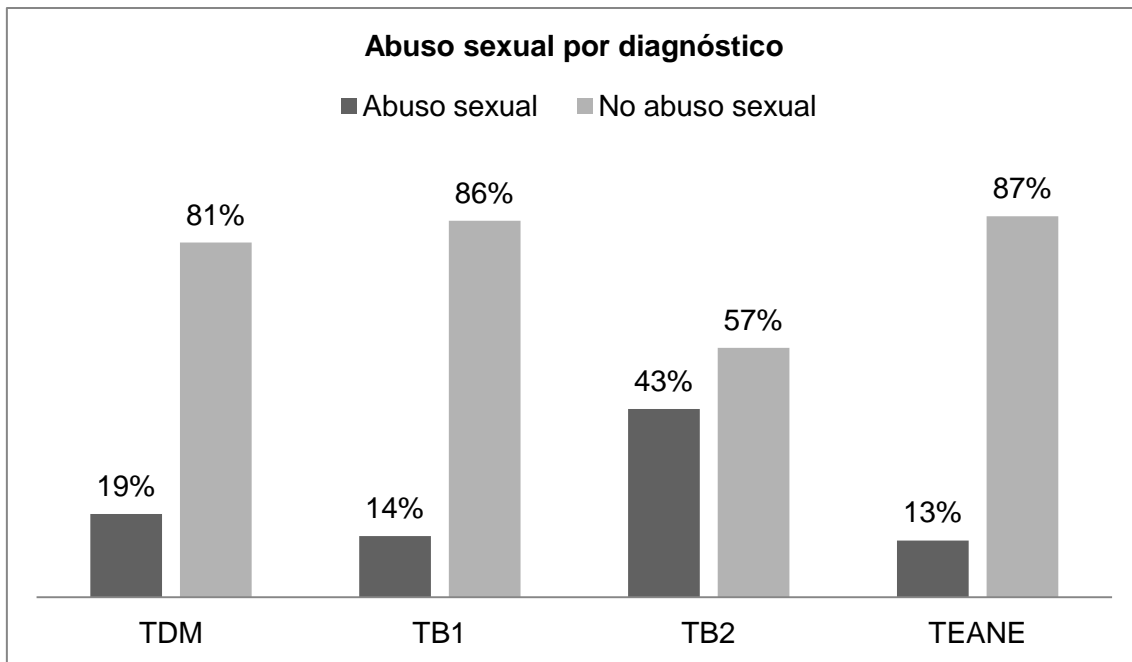


Figura 7

Las variables clínicas de la nuestra muestra fueron diferentes al categorizarla según el antecedente de abuso sexual. A pesar de no encontrar significancia estadística pudimos observar un comportamiento distinto ya que los pacientes con abuso sexual presentaban una media de días de hospitalización mayor (66.58 vs 38.58) pero con una amplia desviación estándar (77.96 y 44.55) en comparación con pacientes sin antecedente de abuso sexual.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

En este estudio fue posible conseguir los objetivos planteados al inicio del mismo. A continuación se discutirán cada uno de ellos a la vez de ser comparados con lo reportado en la literatura mundial previamente.

Variables clínicas y sociodemográficas de los trastornos del estado de ánimo

La mayoría de las variables clínicas y sociodemográficas que incluimos en el estudio son de similares características a lo reportado en la literatura previamente como expongo a continuación.

En cuanto a género obtuvimos que la mayor parte de nuestra muestra (347, 69%) es de género femenino igual que en la literatura internacional. (5, 21) De estado civil observamos que la mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo tienen estado civil soltero, separado, divorciado o viudo similar a la literatura. (5, 22, 23, 24)

Al centrarnos en empleo vimos que como se ha reportado en la literatura fue más común en los pacientes con trastornos del estado de ánimo encontrarlos al

momento de la evaluación sin empleo. (5, 25) De características clínicas nuestro resultado fue concordante a la literatura al encontrar alta frecuencia en uso de tabaco (35%); uso de alcohol (52%); y antecedente familiar de alcoholismo (41%) y de trastornos del estado de ánimo (41%). (5)

Diferente a lo que revisamos en la literatura observamos como en comorbilidad de trastornos del estado con otro(s) trastornos en el eje I fue menor en nuestra muestra (45% vs 65%). (5)

Frecuencia de trastornos del estado de ánimo

Semejante a la estadística mexicana obtuvimos que dentro de los trastornos del estado de ánimo es más frecuente encontrar trastorno depresivo mayor y posteriormente trastorno bipolar tanto tipo I como tipo II. (7)

Abuso sexual y trastornos del estado de ánimo

Encontramos un alta prevalencia de abuso sexual en nuestra muestra, similar a lo reportado en la literatura. Lo que observamos distinto a la literatura fue que no hubo diferencias significativas de la prevalencia entre los distintos trastornos.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

1. Encontramos un alta prevalencia (21%) de abuso sexual en una muestra mexicana de pacientes con trastornos del estado de ánimo.
2. Los pacientes con trastornos bipolares reportaron abuso sexual (24%) similar a lo establecido en la literatura.
3. No encontramos diferencia significativa de abuso sexual en los distintos trastornos del estado de ánimo.
4. En nuestra muestra:
 1. Hay más mujeres con trastornos del estado de ánimo.
 2. Los pacientes con TB2 y TEANE tienen mayor consumo de alcohol y tabaco que TDM y TB1.
 3. Las mujeres con trastornos del estado de ánimo tienen mayor prevalencia de autolesión y abuso sexual.
 4. Los hombres con trastornos del estado de ánimo tienen mayor prevalencia de alcoholismo y tabaquismo.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

A) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) (MINI Y Lecrubier) (Psychometric MINI Beate Ohre)

A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➡ NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	➡ NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	⇒ NO	SÍ	

A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	⇒ NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	⇒ SÍ	18
B3	Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	⇒ NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	⇒ NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

C. Riesgo de suicidio

	Durante este último mes:			Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
	A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D. Episodio (hipo)maníaco

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REPIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
<p>D3 SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>					
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓ ↓
☐ ☐
 HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO HIPOMANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA
sin agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE
ANGUSTIA
con agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL
sin historial de
trastorno de angustia

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	⇒ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	⇒ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	⇒ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <div>obsesiones</div>	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <div>compulsiones</div>	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	NO ⇒	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO ⇒	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<div>NO SÍ 6</div> <div>TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL</div>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	→ NO	SÍ	1						
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	→ NO	SÍ	2						
13	En el último mes:									
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3						
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4						
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5						
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6						
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7						
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8						
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	→ NO	SÍ							
14	Durante el último mes:									
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9						
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10						
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11						
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12						
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13						
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	→ NO	SÍ							
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	14	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL		
NO	SÍ	14								
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	⇒ NO	SÍ	1
----	---	---------	----	---

J2 En los últimos 12 meses:

a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	⇒ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.			
K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> NO SÍ </div>

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

☐

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

☐

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

☐

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|--|---|----|----|---|
| a | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? | NO | SÍ | 1 |
| b | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | | | | |
| c | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? | NO | SÍ | 4 |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO	SÍ
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

K3	a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
	b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
	c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
	d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO	SÍ
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.				EXTRAÑOS
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO SÍ	SÍ 1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ 2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SÍ	⇒ 16 SÍ 3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ 4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO SÍ	⇒ 16 SÍ 5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ 6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	⇒ 16 SÍ 7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ 8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO SÍ	⇒ 16 SÍ 9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ 10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO SÍ	SÍ 11
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ 12 ⇒ 18b

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td></tr><tr><td colspan="2">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td></tr></table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td><td>18</td></tr><tr><td colspan="3">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td></tr></table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ							
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td><td>19</td></tr><tr><td colspan="3">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td></tr></table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO SÍ	1	
M3	¿A pesar de estar bajo peso, tenía ganas de ganar peso o ponerse gordo/a?	NO SÍ	2	
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO SÍ		
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO SÍ	6	

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso														
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51
Hombre estatura/peso														
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	⇒ NO	SÍ	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	⇒ NO	SÍ	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	⇒ NO	SÍ	9				
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	⇒ NO	SÍ	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	⇒ NO	SÍ	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ					
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12				
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SÍ							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			

NO SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

CAPÍTULO X

BIBLIOGRAFÍA

1. Li XB, Liu JT, Zhu XZ, Zhang L, Tang YL, Wang CY. Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *J Affect Disord* 2014; 168:58-63.
2. Maniglio R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(4):56 1-73.
3. Hillegers MH¹, Burger H, Wals M, Reichart CG, Verhulst FC, Nolen WA, Ormel J. Impact of stressful life events, familial loading and their interaction on the onset of mood disorders: study in a high-risk cohort of adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2004 Aug;185:97-101.
4. Larsson S, Aas M, Klungsøyr O, Agartz I, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Røssberg JI, Melle I, Andreassen OA, Lorentzen S. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2013 Mar 22;13:97. doi: 10.1186/1471-244X-13-97.

5. Benjamin J. Sadock, Harold I. Kaplan, Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson 2002.
7. Elena Medina-Mora, Guilherme Borges, Carmen Lara Muñoz, Corina Benjet, Jerónimo Blanco Jaimes, Clara Fleiz Bautista, Jorge Villatoro Velázquez, Estela Rojas Guiot, Joaquín Zambrano Ruíz, Leticia Casanova Rodas, Sergio Aguilar-Gaxiola. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental, vol. 26, núm. 4, agosto, 2003, pp. 1-16.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa (en línea). Actualizada: Octubre 2015. [Fecha de consulta: 12 diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
9. Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. & Walters, E. (2005, junio) Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Arch Gen Psychiatry., 62, pp. 617-627.
10. Cong E¹, Li Y², Shao C¹, Chen J³, Wu W⁴, Shang X⁵, Wang Z⁶, Liu Y⁷, Liu L⁸, Gao C⁹, Li Y¹⁰, Wu J¹¹, Deng H¹², Liu J¹³, Sang W¹⁴, Liu G¹⁵, Rong H¹⁶, Gan Z¹⁷, Li L¹⁸, Li K¹⁹, Pan J²⁰, Li Y²¹, Cui Y²², Sun L²³, Liu L²⁴, Liu H²⁵, Zhao X²⁶, Zhang Y²⁷, Zhang R²⁸, Chen Y²⁹, Wang X³⁰, Li H³¹, Chen Y³², Lin Y³³, Kendler KS³⁴, Flint J², Shi S¹. Childhood sexual abuse and the risk for recurrent major depression in Chinese women. Psychol

- Med. 2012 Feb;42(2):409-17. doi: 10.1017/S0033291711001462. Epub 2011 Aug 11.
11. Chen J, Cai Y, Cong E, Liu Y, Gao J, Li Y, Tao M, Zhang K, Wang X, Gao C, Yang L, Li K, Shi J, Wang G, Liu L, Zhang J, Du B, Jiang G, Shen J, Zhang Z, Liang W, Sun J, Hu J, Liu T, Wang X, Miao G, Meng H, Li Y, Hu C, Li Y, Huang G, Li G, Ha B, Deng H, Mei Q, Zhong H, Gao S, Sang H, Zhang Y, Fang X, Yu F, Yang D, Liu T, Chen Y, Hong X, Wu W, Chen G, Cai M, Song Y, Pan J, Dong J, Pan R, Zhang W, Shen Z, Liu Z, Gu D, Wang X, Liu X, Zhang Q, Li Y, Chen Y, Kendler KS, Shi S, Flint J. Childhood sexual abuse and the development of recurrent major depression in Chinese women. *PLoS One*. 2014 Jan 29;9(1):e87569. doi: 10.1371/journal.pone.0087569. eCollection 2014.
 12. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Erbuto D, Caltagirone C, Girardi P, Spalletta G. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:92-7. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.055. Epub 2014 Dec 31.
 13. Stuart Watson, Peter Gallagher, Dominic Dougall, Richard Porter, Joanna Moncrieff, I Nicol Ferrier, Allan H Young. Childhood trauma in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 Jun; 48(6): 564–570.
 14. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2013 Jun;15(4):341-58. doi: 10.1111/bdi.12050. Epub 2013 Jan 24.
 15. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, Janavs J, Dunbar GC: The Mini International

- Neuropsychiatric Interview (MINI): a short diagnostic structured interview. Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997, 12:224-231.
16. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC: The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997, 12:232-241.
 17. World Health Organisation: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organisation; 1993.
 18. Bobes J: A Spanish validation study of the mini international neuropsychiatric interview. *Eur Psychiatry* 1998, 13(Suppl 4):198-199.
 19. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. *J Miss State Assoc*, 39:366-9, 1998. En México y Estados Unidos
 20. Secretaría de Salud. Informe Nacional Sobre Violencia y Salud (en línea). Primera Edición 2005. [Fecha de consulta: 12 diciembre 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III%282%29.pdf
 21. Jacobi F, Wittchen H-U, Höfling C, Höfler M, Möller N, Pfister H, Lieb R (2004) Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597-611.
 22. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003 74: 5-11.

23. Tohen M, Goodwin FK (1995) Epidemiology of bipolar disorder. In Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP (eds) Textbook in Psychiatric Epidemiology. New York: John Wiley, pp. 301-315.
24. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 276: 293-299.
25. Vazquez-Barquero JL, Manrique JFD, Munoz J, Arango JM, Gaité L, Herrera S, Der GJ. Sex-differences in mental illness ^ A community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992 27: 62-68.

CAPÍTULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Francisco Canale Zambrano

Candidato para el Grado de Especialista en Psiquiatría General.

Tesis: “ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIVERA VEZ CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO”.

Campo de estudio: Ciencias de la salud.

Biografía:

Nacido en Hermosillo, Sonora, México, el 02 de marzo de 1968, hijo de Antonio Canale Huerta e Irene Zambrano Gaytán. Hermano de Antonio, Juan Carlos, José Roberto y Eduardo.

Egresó de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en agosto del 2010. Después cursó la especialidad en Psiquiatría General en Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (Universidad Autónoma de Nuevo León) de marzo del 2012 a febrero del 2016.